

Betriebsärztliche Praxis Berlin  
Medic Assistance  
Business Health GmbH  
Mahlsdorfer Straße 2b  
12555 Berlin

Telefon 030/ 403 676 260  
Telefax 030/ 403 676 269  
berlin@medicassistance.de

Auftraggeber/ Rechnungsempfänger


**Wir beauftragen Sie mit folgender/folgenden arbeitsmedizinischen Leistung/en:**

**Vorsorgeuntersuchungen nach ArbMedVV**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Staub (G1)                            | <input type="checkbox"/> Blei (G2)                                 | <input type="checkbox"/> Methanol (G10)  |
| <input type="checkbox"/> Trichlorethen (G14)                   | <input type="checkbox"/> Chrom-IV-Verbindungen (G15)               | <input type="checkbox"/> Künstliche optische Strahlung (G17)                                   |
| <input type="checkbox"/> Dimethylformamid (G19)                | <input type="checkbox"/> Lärm (G20)                                | <input type="checkbox"/> Tätigkeiten mit Kälteexposition (G21)                                 |
| <input type="checkbox"/> Obstrukt. Atemwegserkrankungen* (G23) | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen ohne Hautkrebs (G24)     | <input type="checkbox"/> Isocyanate (G27)  |
| <input type="checkbox"/> Benzolhomologe (G29)                  | <input type="checkbox"/> Hitzebelastung (G30)                      | <input type="checkbox"/> Tauchen (G31)   |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsaufenthalt im Ausland (G35)    | <input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatz (G37)              | <input type="checkbox"/> Nickelstäube (G38)  |
| <input type="checkbox"/> Schweißrauche* (G39)                  | <input type="checkbox"/> Krebs erzeugende Gefahrstoffe allg. (G40) | <input type="checkbox"/> Infektionsgefährdung/ Biologische Arbeitsstoffe *, <sup>2</sup> (G42) |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Belastungen (G46)         | <input type="checkbox"/>   |  |

**Eignungsuntersuchungen** (zzgl. Umsatzsteuer)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fahr-, Steuertätigkeiten (G 25)         | <input type="checkbox"/> Untersuchung nach Fahrerlaubnisverordnung (FEV) für LKW       | <input type="checkbox"/> Untersuchung nach Fahrerlaubnisverordnung (FEV) für Personenbef. |
| <input type="checkbox"/> Atemschutzgeräteträger Gruppe 1 (G26.1) | <input type="checkbox"/> Atemschutzgeräteträger Gruppe 2 (G26.2)                       | <input type="checkbox"/> Atemschutzgeräteträger Gruppe 3 (G26.3)                          |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten mit Absturzgefahr (G 41)       | <input type="checkbox"/> Einstellungsuntersuchung* (Angabe der Tätigkeit erforderlich) | <input type="checkbox"/> Sehtest nach DIN EN ISO 9712 zerstörungsfreie Prüfung            |

**Sonstige Untersuchungen/ Impfungen**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> §43 Belehrung nach Infektionsschutzgesetz | <input type="checkbox"/> Untersuchung schwangerer Mitarbeiterinnen nach MuSchG <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> Jugendschutzuntersuchung (JArbSchG) |
| <input type="checkbox"/> Nachtarbeit (ArbZG)                       | <input type="checkbox"/> Vertrauensärztliche Untersuchung                                   | <input type="checkbox"/>                                     |
| <input type="checkbox"/> Impfung gegen Hepatitis A <sup>2</sup>    | <input type="checkbox"/> Impfung gegen Hepatitis B <sup>2</sup>                             | <input type="checkbox"/> Impfung gegen <sup>2</sup>          |

\* = weitere Informationen im nächsten Abschnitt erforderlich

<sup>2</sup> = bitte Impfbuch mitbringen

<sup>3</sup> = bitte Gefährdungsbeurteilung Arbeitsplatz + Mutterpass mitbringen

- = Die mit einem Strich gekennzeichneten Untersuchungen beinhalten unter Umständen eine Ergometrie (Belastungs-EKG), die wir derzeit in unseren Räumen noch nicht durchführen. Diese Untersuchung kann unkompliziert bei einem niedergelassenen Arzt in Ihrer Nähe durchgeführt werden. Bitte nehmen Sie vor der Untersuchung Kontakt mit uns auf, um zu klären, ob die Ergonomie erforderlich ist.

# Untersuchungsauftrag über arbeitsmedizinische Leistungen



\*Weitere Informationen (bitte Gefährdungen benennen)


## Mitarbeiterdaten

Name (geb.Name)	Vorname
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Straße, Hausnummer	Plz, Ort
Tätigkeit als	seit

## Termin

Untersuchungstag	Uhrzeit
------------------	---------

Der vereinbarte Termin ist nur für die in der Beauftragung genannten Person reserviert. Ein Austausch der Person erfordert eine neue Beauftragung. Geben Sie uns bitte umgehend Bescheid, wenn der Termin nicht eingehalten werden kann.

Eine Absage bis zwei Werktagen (Mo-Fr) vor dem Termin ist kostenfrei möglich. Anschließend wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 75% des Untersuchungshonorars vereinbart, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann.

## Preisliste

Eine aktuelle Preisliste über die Kosten der einzelnen Leistungen stellen wir Ihnen im Internet unter [www.medicassistance.de/preisliste](http://www.medicassistance.de/preisliste) zur Verfügung. Selbstverständlich können Sie diese auch telefonisch oder per Mail unter den angegebenen Kontaktdaten anfordern.

## Bestätigung Auftraggeber

Hiermit bestätige ich die Kostenübernahme der beauftragten Leistungen. Die Informationen zur Datenverarbeitung habe ich gelesen und der in der Beauftragung genannten Person zur Verfügung gestellt.

Name (Druckbuchstaben)	Telefonnummer für Rückfragen
------------------------	------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

**Patienteninformation zum Datenschutz**  
**gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)**  
**über die Verarbeitung von Daten durch den Betriebsarzt**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unser Betriebsarzt Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

**1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die:

Medic Assistance Business Health GmbH  
Frauentorgraben 71  
90443 Nürnberg

Telefon: +49 (0)911/ 951 527 0  
Telefax: +49 (0)911/ 951 527 50  
[E-Mail: brief@medicassistance.de](mailto:brief@medicassistance.de)

Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten, Herrn Dieter Werner (eSourceOne GmbH), unter [datenschutz@medicassistance.de](mailto:datenschutz@medicassistance.de) oder per Brief mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“

**2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Untersuchungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre persönlichen Daten und Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Name, Anschrift, Geburtsdatum, Tätigkeit, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Untersuchung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Untersuchung nicht erfolgen.

**3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt

ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

#### **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Untersuchung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Untersuchung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

#### **5. IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)  
Promenade 27  
91522 Ansbach

#### **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.